صمصام شریعت، سیدمحمدرضا؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ عریضی سامانی، سیدحمیدرضا (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱)، ۱۱۳-۹۳.
DOI: 10.22067/ijap.v9i1.62361

مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن

سیدمحمدرضا صمصام شریعت[1]، حمید طاهر نشاط دوست[2]، مهرداد کلانتری[3]، سیدحمیدرضا عریضی سامانی[4]

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش مقایسه تأثیر درمان شناختی -رفتاری با درمان روانی-اجتماعی بر پاسخ های نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با دوگروه آزمایش، بود. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلاء به افسردگی مزمن بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند از میان مراجع کنندگان به مراکز مشاوره و یا مطب روانپزشکان شهر اصفهان تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و سپس براساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش با درمان روانی-اجتماعی و شناختی-رفتاری، (هرگروه۱۵نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های نگرشهای ناکارآمد(DAS) و پاسخ های نشخواری(RRS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان میدهند؛ میزان نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد با هر دو درمان کاهش یافته است. اما بین دو درمان در میزان نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود داشته و اثربخشی درمان روانی-اجتماعی به نسبت درمان شناختی-رفتاری بیشتر بوده است. اما بین دو درمان در نگرش های ناکارآمد تفاوت معنی داری وجود نداشته است. همچنین اثربخشی درمان روانی-اجتماعی در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان روانی-اجتماعی، افسردگی مزمن، پاسخهای نشخوار، نگرشهای ناکارآمد.

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه اصفهان، mohammad5ir@yahoo.com
۲. استاد دانشگاه اصفهان، h.neshat@edu.ui.ac.ir
۳. استاد دانشگاه اصفهان
۴. استاد دانشگاه اصفهان

مقدمه

افسردگی، اختلالی قابل توجه و شایع در جوامع امروزی است و حاصل عوامل متعددی است. این در حالی است که در شرایط مزمن بودن این اختلال، عوامل دیگری نیز نقش عمده ای پیدانموده که می توانند با عوامل اولیه ایجادکننده افسردگی تفاوت داشته و تداوم این اختلال را موجب گردند (Moore & Garland, 2003). بنابراین در تحلیل آن در شکل مزمن، لازم است به این عوامل توجه نمود تا بتوان درمان مؤثرتری را انتظار داشت. افسردگی مزمن[1] با افزایش اختلال در عملکرد همراه بوده (Klein, Shankman &Rose, 2006) و سطوح بالاتری از استفاده از مراقبت های بهداشتی و هزینه های اقتصادی را در مقایسه با اشکال غیر مزمن از افسردگی به فرد تحمیل می کند (Smit, Cuijpers, Oostenbrink, Batelaan, de Graaf & Beekman, 2006). همچنین به نظر می رسد ۲/۵درصد از جمعیت بزرگسال در جامعه از افسردگی مزمن رنج می برند (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005) و در حدود ۲۰درصد از تمام افراد افسرده با یک دوره مزمن درافسردگی مواجه می شوند(Gilmer, Trivedi, Rush, Wisniewski, Luther & Howland, 2005). معمولاً در پیشینه ها چهار نوع افسردگی مزمن ازهم متمایز شده است که شامل؛ ۱)اختلال افسرده خویی[2]، ۲)اختلال افسردگی اساسی مزمن MDD[3]، ۳)افسردگی مضاعف(افسردگی اساسی همراه با افسرده خویی)[4] و ۴)اختلال افسردگی اساسی بازگشتی با بهبودی ناقص بین دوره ها[5]، می باشند (Torpey & Klein, 2008). در این میان یافته ها از این ایده که در شرایط مزمن بودن افسردگی، تظاهرات مختلفی وجود دارد، حمایت نمی کنند(Cuijpers ,Van Straten, & Andersson, 2010 Schuurmans, Van Oppen, Hollon). همچنین در DSM-5[6] (American Psychiatric Association, 2013) تشخیص مزمن بودن افسردگی، بر اساس اختلال افسردگی مداوم[7] (دیس تایمی) می باشد، که شامل دو دسته تشخیصی؛ افسردگی عمده مزمن و افسرده خویی است (Malogiannis, Arntz, Spyropoulou, Tsartsara, Aggeli, Karveli, 2014). در واقع اختلال افسردگی مداوم، بیانگر تحکیم اختلال افسردگی اساسی مزمن[8] و اختلال افسرده خویی است (American Psychiatric Association, 2013). در تعامل با افسردگی در این اختلالات، پاسخ های نشخواری و نگرش های ناکارآمد قرار دارند که خود به عنوان نشانه های افسرده

1. Chronic Deprassion
2. Dysthymic Disorder
3. Chronic Major Depressive Disorder
4. Double Depression (MDD Superimposed on a Dysthymic Disorder)
5. Recurrent Major Depressive Disorder with Incomplete Remission between the Episodes.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)
7. Persistent Depressive Disorder
8. Chronic Major Depressive Disorder

ساز، از همبستگی بالایی با میزان افسردگی در بیماران برخوردارند(Dowd, 2004).

نشخوار، به عنوان فکر تکراری و منفعلانه درباره عوامل تسریع کننده احتمالی، نشانه های فعلی و پیامد نشانه های افسرده ساز تعریف می شود (Nolen-Hoeksema, 1991). نشخوار افسرده ساز، شامل مرور مکرر ناامیدی‌ها و اشتباه های شخصی، تمرکز بر احساسات افسردگی و انزوا، سؤال درباره کیفیت زندگی و فکر کردن به بی کفایتی های شخصی است (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). این افکار تکراری متأسفانه به عمل سازنده‌ای منجر نمی شود و در عوض افراد نشخوار کننده با خطر بالاتر ابتلاء به افسردگی مواجه اند و از دوره های شدیدتر و طولانی تر افسردگی رنج می برند (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). نشخوار در افسردگی ممکن است به عنوان یک مکانیزم اجتناب شناختی عمل نماید که مانع پردازش هیجانی موفق، گردد. این الگوی شناختی به عنوان یکی از ویژگی های مرکزی افسردگی است. به گونه ای که از پردازش هیجانی حادثه منفی جلوگیری می کند و موجب تداوم افکار و خاطرات مزاحم می شود (Williams & Moulds, 2007). محققان پیشنهاد کرده اند که نشخوار در ابتدا به عنوان یک تلاش عمدی برای کسب بینش است (Papageorgia & wells, 2001)، اما می تواند افراد را در یک چرخه مخرب فکر نشخوار ساز، گرفتار کند، به صورتی که افکار منفی را تشدید نموده و موجب احساس ناامیدی گردد. این وضعیت با تمایل کلی افراد افسرده به انعطاف ناپذیر بودن، شدت یافته و آنها را به سمتی سوق می دهد که علی رغم تبعات منفی نشخوار، در آن اصرار می ورزند (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000).

از دیگر نشانه های افسرده ساز در کنار نشخوارفکری، نگرش های ناکارآمداست. مفهوم نگرش های ناکارآمد اولین بار توسط بک (Beck, 2003, 1976, 1979) در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی در ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد و شامل نگرش ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می کنند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند، فرد را آماده می سازند تا موقعیت های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کند. این نگرش ها، معیارهایی انعطاف ناپذیر و کمال گرایانه، افراطی ، ناکارآمد یا نابارور و مقاوم در مقابل تغییراند که فرد از آن ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می کند (Lotfi Kashni, 2008). نتایج تحقیقات کاماری و بلکبرن (Kumari & Blakburn, 2005) نشان داد که نگرش های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در افراد است. همچنین میراندا و همکاران (Miranda & et al, 2003)، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم افسردگی رابطه وجود دارد. علاوه بر این یافته ها، بررسی های الیور، کلوسک و ولز (Oliver, Kloce & Wells, 2003)، نشان دادند که نگرش های ناکارآمد با

ادراک منفی از خانواده اش در ارتباط است. بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات، نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند منجر به آسیب‌پذیری شناختی در افسردگی و در شکل‌گیری، سبب شناسی و دوام آن نقش داشته باشد(Kërqeli, Kelpi & Tsigilis, 2013).

موضوع مورد بحث در تحقیق حاضر، به کارگیری روشهای درمانی متفاوتی بر نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن است. باید توجه داشت که در درمان اختلالات روانی با عنایت به مدلهای قبلی آنها، رویکردهای متفاوتی وجود دارد. لیکن به دلیل عدم وجود مدل مشخصی در اختلال افسردگی مزمن، به نظر می رسد عوامل ناشناخته یا مهمی وجود دارند که در درمانهای متداول قبلی، نادیده گرفته شده اند. به طور مثال، اکثر بیماران در مقابل تداوم افسردگی شان احساس درماندگی و ناتوانی می کنند(Moore.& Garland, 2003). همچنین ناامیدی و عزت نفس پایین که به عنوان عوامل پیشآیند یا آسیب پذیری برای افسردگی اند، در تداوم افسردگی و مزمن شدن آن، تشدید می شوند. هم چنین تجربه افسردگی مزمن منجر به تغییر در شخصیت، از جمله افزایش وابستگی و روان رنجورخویی می شود(Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983). بروک مایر و همکاران (Brockmeyer & et al, 2015)، در پژوهشی نشان دادند، اجتناب در رفتارهای اجتماعی و عاطفی در افراد دارای افسردگی مزمن بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین مزمن شدن افسردگی، دربردارنده ابعاد متعددی است که در درمان این ابعاد، باید مورد توجه خاص قرارگیرند. با این وجود درمانهای قبلی بیشتر متکی بر یک بعد و رویکرد خاص است. به عنوان مثال نتایج تحقیقات هلرستین و همکاران (Hellerstein & et al, 2015) نشان داد درمان فعال سازی رفتاری موجب بهبود شغلی و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن شده است. همچنین ملوجیانیس و همکاران (Malogiannis & et al, 2014) نشان دادند؛ طرحواره درمانی ST[1] یک درمان موثر برای افسردگی مزمن است و کلین و همکاران (Klein & et al, 2014)، نیز به همراه سوان و همکاران (Swan & et al, 2014) رواندرمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی(CBASP)[2] را روش موثری برای درمان افسردگی مزمن گزارش نمودند. تابنر (Taubner, 2013) نیز کار با خاطرات ناخودآگاه و آگاه را موجب بهبود توانایی های پاسخ دهی و سازماندهی روانی بیشتر در افسردگی مزمن گزارش داده است. درمان شناختی- رفتاری نیز مجموعه ای منسجم و مرکب از راهبرهای تغییر رفتاری و شناختی است که طی آن از انواع تکنیک های طراحی شده به منظور اصلاح باورهای ناکارآمد و پردازش غلط استفاده می شود (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon, 2005). آماج درمان در این روش،

---

1. Schema Therapy
2. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy

پنج حوزه افکار خودآیند[1]، تصاویر ذهنی خودآیند منفی، حافظه خودآیند منفی، پیش فرض های غلط و طرحواره های ذهنی ناسازگارانه است (Morris, 2005). درمان شناختی رفتاری با پرداختن به تفکرات ناسازگارانه و بدبینانه[2] که موجب افسردگی است، افسردگی را درمان می کند. مطالعه گونزالس و همکاران (Gonzales & et al, 1985)، فنل و تیزدل (Fennell & Teasdale, 1989)، هارپین و همکاران (Harpin & et al, 1982)، دیانگ و همکاران (de Jong & et al, 1986)، در پژوهش های جداگانه، اثربخشی این درمان را بر افسردگی مزمن نشان دادند.

در این میان، درمانی که بتواند همزمان به ابعاد متعدد موجود در افسردگی مزمن توجه نموده و از تلفیق رویکردها و درمان های پیشین تدوین شده باشد، احتمالاً اثربخشی بالایی خواهد داشت. به همین منظور در پژوهشی، درمان روانی-اجتماعی تدوین گردید که در واقع شیوه درمانی است، ترکیب شده از درمان های مؤثر موجود، که بر عوامل آسیب پذیری روانی و اجتماعی، مبتنی بوده و بر آنها تأکید دارد. در واقع درمان روانی-اجتماعی، درمانی ترکیبی از طرحواره درمانی، درمان فعال سازی رفتاری، درمان شناختی-رفتاری، روان درمانی بین فردی و رواندرمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی است(Samsam Shariat, Neshat Doost, Kalantari, Oreyzi Samani, 2016). در نظریه ای که این درمان از آن حاصل گردید، آسیب های روانی و اجتماعی افسردگی مزمن دربردارنده مقولات عمده ای شامل این عوامل اند؛ الف. خلق و خو، ب.شغلی، تحصیلی و مالی، ج.شناختی، د.تنظیم هیجانی، ر.جسمانی، س.خانوادگی و روابط اجتماعی، ص.رفتاری و ط.درمانی. در این نظریه؛ ناامیدی به درمان، ضمن داشتن سوابق قبلی انواع افسردگی، تشخیص نامناسب، درمان نامناسب در کنار داشتن مشکلات خانوادگی و مشکل در روابط اجتماعی و نیز مشکلات شغلی،تحصیلی و مالی، عناصر سازنده اصلی در افسردگی مزمن می باشند. در واقع پروتکل درمان روانی-اجتماعی(Samsam Shariat et al, 2017) این تحقیق، مبتنی بر مقوله های اصلی افسردگی مزمن بود و حاصل ترکیب درمان های عمده و شناخته شده ای بود که قبل از آن، تأثیر بهبودی آنها به اثبات رسیده بود.

همانطور که ذکر شد، درمان شناختی رفتاری از پرکاربردترین شیوه های درمانی در افسردگی مزمن است. اما در پژوهش حاضر با استناد به ابعاد مرتبط با مزمن بودن افسردگی ازجمله ناامیدی، ناکارآمدی و عزت نفس پایین تر، درمان روانی-اجتماعی(Samsam Shariat et al, 2017) ارائه گردید که قیاس این درمان جدید با درمان شناختی رفتاری می تواند نشان دهد که آیا با وجود درمان متداول و شناخته شده شناختی رفتاری، نیاز به تدوین درمانی دیگر بوده یا خیر. بنابراین هدف از این پژوهش پاسخ به این پرسش

1. Automatic Thought
2. The Maladaptive and Pessimistic Thinking

بود که آیا بین تأثیر درمان روانی-اجتماعی مبتنی بر الگوی آسیب پذیری افسردگی مزمن با درمان شناختی- رفتاری بر پاسخهای نشخواری و نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسردگی مزمن تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح توسعه یافته پیش آزمون -پس آزمون با دوگروه آزمایش و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه افراد مبتلاء به اختلال افسردگی مزمن بودند که از فروردین تا شهریورماه سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره و یا مطب روانپزشکان شهر اصفهان مراجعه داشتند و به طور سرپایی تحت درمان قرار گرفتند. نمونه تحقیق به شیوه در دسترس از بین این افراد انتخاب شد. در مصاحبه مقدماتی پژوهشگر با بیماران، به عنوان نمونه انتخاب شدندکه واجد این شرایط بودند؛ واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی براساس DSM-IV با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن درDSM–5 (Scid-5-cv)، کسب نمره ۱۵ یا بالاتر در مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون برای افسردگی(HRSD24)، دارای سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، بهره هوشی حداقل در حد متوسط به بالا و دارای رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح. افرادی که مبتلاء به یک بیماری شدید جسمی، اختلالات نورولوژیک، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات با علایم روان‌پریشی، اختلال دو قطبی، اختلالات افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، الکل، اختلال شخصیت مرزی یا ضداجتماعی بودند و واجد افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی نیازمند مداخله فوری بودند، از نمونه خارج شدند. سپس (۳۰نفر) با در نظر گرفتن توان آماری و ملاک‌های کفایت حجم نمونه(Molavi, 2007) انتخاب شدند. نمونه انتخاب شده در دو گروه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند، شامل گروهی که درمان شناختی رفتاری دریافت کردند و گروه دوم که درمان روانی-اجتماعی دریافت کردند. از هر دو گروه آزمایش پیش آزمون به عمل آمد. پس از آن، شناختی رفتاری و درمان روانی-اجتماعی هر کدام به مدت۱۰ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه های آزمایش به اجراء درآمد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله ها از دو گروه پس آزمون گرفته شد. سپس در مرحله پیگیری پس از گذشت یک ماه بیماران پرسشنامه های مذکور را تکمیل نمودند.

ابزارها

در این پژوهش برای دست‌یابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی: برای گردآوری اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی افراد

شرکت‌کننده در پژوهش، برگه‌ای طراحی گردید که درآن سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد، شغل، مدت سابقه بیماری و مدت مصرف دارو در افراد مشخص می‌گردید.

مصـــاحبه بالینی ســـاختار یافته برای اختلال‌های افســـردگی مزمن درDSM–5 (Scid-5-cv)[1]: این مصاحبه ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن توسط فرست (First & et al, 1997)، تهیه شد. در این پژوهش از نسخه جدید (Michael & et al, 2016)، استفاده شده است. پایایی SCID را از طریق بازآزمایی ۰/۷ گزارش شـد. در پژوهشـی دیگر نیز، ضـریب توافق کامل بین دوارزیاب را گزارش دادند(Fati, 1991). به طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب در مصـــاحبه بالینی ســـاختاریافته بوده اســـت(Grant, Steinberg, Kim, Rounsaville & Potenza, 2004). در مطالعه ای ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله سه روز تا یک هفته از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸گزارش نمودند و مشخص شد این ابزار، از ضریب حساسیت(۵۴٪ تا ۸۶٪) و ضریب اختصاصی(۶۳٪تا ۹۶٪) مناسبی برخوداراست (Sharifi & et al, 2009).

مقیاس ۲۴ آیتمی همیلتون برای افسردگی(HRSD24)[2]: این مقیاس توسط Hamilton (۱۹۶۰) به منظور سنجش افسردگی تدوین گردید و شامل ۲۴ عبارت می باشد. بر اساس بررسی مطالعات پیشین این آزمون، همواره به عنوان مقیاسی استاندارد برای اختلال افسردگی بوده و به خصوص در تحقیقات با موضوع افسردگی مزمن بارها مورد استفاده قرار گرفته است. دانر و همکاران (Dunner & et al, 1996)، مرسیر و همکاران (Mercier & et al, 1992)، تیز و همکاران (Mercier & et al, 1994)، و ملوجیانیس و همکاران (Malogiannis & et al, 2014) در پژوهش های جداگانه که همه آنها بر افسردگی مزمن متمرکز بودند، از این آزمون استفاده نموده و روایی و پایایی آنرا مطلوب گزارش نمودند. چندین مطالعه به بررسی پایایی درونی نسخه های متفاوت HAM-D پرداخته اند و نتایج دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۲ نشان داده است. همچنین در پژوهشی، ضریب پایایی درونی ۰/۸۳ برای HAM-D-17 و ۰/۸۸برای HAM-D-24 بدست آمد (Akdemir, Örsel, Dağ, Türkçapar, İşcan, Özbay, 1996). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن α=۰/۹۱ محاسبه گردید.

مقیاس نگرشهای ناکارآمد(DAS)[3]: این مقیاس توسط Weissman و Beck(۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی، تهیه شد. این مقیاس در ابتدا دارای ۴۰ عبارت برای

1. Structured Clinical Interview for Dsm-5
2. Hamilton Rating Scale for Depression
3. Dysfunctional Attitude Scale

تعیین نگرشهای زمینه ساز افسردگی بود و اعتبار و پایایی آن، در ۲۰۲۳نفر از ضرایب رضایت بخشی برخورداربود(Beck, Brown, Steer, Weissman 1991). در یک پژوهش داخلی، ضریب حاصل در روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری ، ۰/۷۲ محاسبه گردید(Gharaee, 1993). اما بر اساس یافته های Ebrahimi و Mosavi(۲۰۱۳) بر مبنای تحلیل عوامل و هم چنین همبستگی هر گویه با کل، ۱۴ گویه از نسخه ۴۰ گویه ای حذف شد و نسخه۲۶ گویه مجدداً بررسی شد. روایی ملاکی هم زمان به وسیله همبستگی آن با نمره کل28 -GHQ، r=۰/۵۶ و با خرده مقیاس افسردگی r=۰/۵۷ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس۰/۹۲ محاسبه شد. در این به منظور بررسی پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن α=۰/۸۹ محاسبه گردید.

مقیاس پاسخهای نشخواری(RRS)[1]: نولن هوکسما و مورو(Nolen-Hoeksema & Morrow, 1973) مقیاس ۲۲ عبارتی برای سنجش پاسخ مقابله‌ای نشخوارگونه افراد با خلق افسرده تهیه کردند. هر عبارت روی مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌شود. نولن هوکسما و همکاران (Nolen-Hoeksema & et al, 1991, 1994)، در پژوهشی نشان دادند که آزمون از پایایی آزمون- باز آزمون و همسانی درونی خوبی برخوردار است. چندین مطالعه به بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی RRS پرداخته‌اند. از جمله رابرتز و همکاران (Roberts & et al, 1998)، در پژوهشی بر ۲۹۹ دانشجو، رولوفز و همکاران (Roelofs & et al, 2008) این ابزار را از لحاظ مطلوبیت در روایی‌سازه تأیید نموده اند. در این مطالعه پایایی ابزار از طریق همسانی درونی α= ۰/۷۸ گزارش شد و پایایی آزمون در باز آزمایی در فاصله ۶ ماه در حد متوسط است. ویلیامز و مالدز (Williams & Moulds, 2008) نیز در زمینه روایی همزمان، همبستگی RRS با پرسشنامه افسردگی‌بک- ویرایش دوم (BDI-II) را ۰/۵۶ گزارش نمودند. در این پژوهش به منظور بررسی پایایی با استفاده از روش همسانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن α=۰/۹۱ محاسبه گردید.

مداخله

درمان روانی-اجتماعی درمانی است ترکیبی از؛ طرحواره درمانی(ST) (Klasko & Vyshar Yang, 2007) و نیز رواندرمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی(CBASP) (McCullough, 2000)، درمان شناختی- رفتاری(CBT) (Leahy, 2003؛ Moore & Garland, 2003؛ Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) ، روان درمانی بین فردی(IPT) (Mufson, Moreau & Weissman, 1994) و درمان فعال سازی رفتاری(BAT)

---

1. Ruminative Responses Scale

(Dimidjian, Hoollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, 2006). از هر درمان، اهداف عمده در ترکیب درمانی نهایی قرار گرفت و درمان روانی-اجتماعی مبتنی بر الگوی آسیب پذیری افسردگی مزمن را شکل دادند (Samsam Shariat et al, 2017). این طرح درمان در قالب ۱۰ جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت و به صورت گروهی بود.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسه	مداخله	اهداف و مداخلات درمانی
اول	روانی-اجتماعی	تشریح مدل‌زیستی- روانی- اجتماعی افسردگی مزمن، تشریح چرخه باطل افسردگی و سنجش رفتارهای افسرده ساز و شناسایی و تنظیم رویدادهای اخیر براساس عوامل آسیب پذیری روانی و اجتماعی
دوم		برنامه ریزی برای فعالیت های از بین برنده دور باطل افسردگی و ترغیب برای عمل و تشخیص موانع فعالسازی و الگوی اجتناب
سوم		شناختن رفتارها و عواقب آنها و جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه.
چهارم		تعیین نقش های اجتماعی و اکتشاف نقش ها و شناسایی الگوهای تکرارشونده و افکار، احساسات و خاطرات
پنجم		گام برداشتن در جهت عملی کردن تغییرات شناختی در روابط بین فردی .
ششم		صورت‌بندی مشکلات در قالب مدل‌شناختی، ترسیم مدل چرخه معیوب.
هفتم		طرح افکار خودآیند منفی و خطاها و تحریف‌های شناختی و چالش با افکار منفی و شناخت باورها
هشتم		تغییر باورهای زیر بنایی
نهم		شناسایی، ارزیابی وفرمولبندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی .
دهم		تسهیل پردازش هیجانی و ترغیب بیماران برای رهاکردن سبکهای مقابله‌ای ناسازگار
اول	درمان شناختی - رفتاری	توضیح درباره دلایل و عوامل موثر بر شروع، تداوم و شدت بیماری با تاکید بر مدل‌شناختی و رفتاری
دوم		طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری و طرح افکار خودآیند منفی
سوم		چالش با افکار منفی و معرفی و شناسایی فرض‌ها و قواعد و ارزیابی آنها
چهارم		ادامه بحث درباره باورهای زیر بنایی، قواعد و فرض‌ها، مرور بر نحوه چالش با آنها
پنجم		توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیر بنایی و تغییر آنها و استفاده از تکنیک‌های رفتاری
ششم		استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله.
هفتم		استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی برحسب نیاز مثل القای خلق، تن‌آرامی و تمرین افکار جانشین
هشتم		بررسی ادامه ایجاد و توسعه باورهای سازگارانه جانشین
نهم		طبقه بندی باورهای هسته ای و اصلاح آنها
دهم		مرور پیشرفت به سوی اهداف درمانی و تقویت مهار تها و ایجاد انتظارات واقع بینانه برای آینده

درمان‌شناختی- رفتاری که در این مطالعه از کتاب‌های بک (Beck & et al, 1979) و مور و گارلند (Moore & Garland, 2003) و لیهی (Leahy, 2003) اخذ گردیده است. این طرح درمان در قالب ۱۰ جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. طول مدت هر جلسه ۲ ساعت و به صورت گروهی بود.

روش تحلیل

در پژوهش حاضر ، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل همبستگی(پیرسون و دو رشته‌ای نقطه‌ای) و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر جهت مقایسه گروه‌های آزمایش با یکدیگر و نیز مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

ابتدا خلاصه ای از آمار توصیفی افراد نمونه شرکت کننده در پژوهش به قرار زیر است:

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر می باشند که شامل(۱۴ مرد و ۱۶زن)، (۱۲نفر مجرد، ۱۸نفر متأهل)، (۱۲نفرشاغل و ۱۸نفر غیرشاغل)، بیشترین فراوانی افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر از آن(۱۵نفر)، گروه سنی ۴۱-۵۰سال(۱۱نفر) و بالاترین فراوانی مربوط به بیمارانی بود که بین۴-۹سال مدت افسردگی آنها طول کشیده بود(۲۰نفر) و ۳-۸سال دارو مصرف می نمودند(۲۰نفر).

جدول ۲. آمار توصیفی متغییرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

			پیش آزمون		پس ازمون		پیگیری	
	گروه	تعداد	میانگین	انحراف پراکندگی	میانگین	انحراف پراکندگی	میانگین	انحراف پراکندگی
نشخوار فکری	درمان ترکیبی	۱۵	۶۵/۴۷	۸/۷۳	۳۲/۵۳	۹/۲۳	۴۱/۲۷	۸/۷۵
	درمان شناختی رفتاری	۱۵	۶۵/۸۷	۸/۶۷	۴۷/۱۳	۸/۱۳	۴۹/۸۷	۸/۹۲
نگرش های ناکارآمد	درمان ترکیبی	۱۵	۱۰۹/۱۳	۱۴/۲۵	۷۷/۵۳	۱۴/۶۰	۸۶/۵۳	۱۴/۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۱۵	۱۱۰/۱۵	۱۳/۲۴	۷۷/۴۰	۱۲/۹۹	۸۹/۱۳	۱۳/۲۴

با توجه به تعداد متغییرهای جمعیت شناختی و به منظور تعیین متغییرهای کنترل در آزمون اندازه های

تکراری در جدول۳ همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول۳.آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش

		همبستگی پیرسون					همبستگی دورشته ای		
		سن	تحصیلات	درآمد	مدت افسردگی	مدت مصرف دارو	جنسیت	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال
نشخوار فکری	همبستگی	-۰/۲۰۱	۰/۲۷۶	۰/۳۰۱	۰/۰۵۲	۰/۰۱۳	**۰/۴۳۳	-۰/۱۶۹	-۰/۳۹۴ *
	معنی داری	۰/۱۴۳	۰/۰۷۰	۰/۰۵۳	۰/۳۹۳	۰/۴۷۳	۰/۰۰۸	۰/۱۸۵	۰/۰۱۶
نگرش های ناکارآمد	همبستگی	-۰/۰۶۴	۰/۰۴۸	۰/۱۰۲	-۰/۰۸۰	-۰/۱۲۱	۰/۱۰۸	-۰/۳۲۶ *	-۰/۲۶۴
	معنی داری	۰/۳۶۸	۰/۴۰۱	۰/۲۶۹	۰/۳۳۶	۰/۲۶۲	۰/۲۸۵	۰/۰۳۹	۰/۰۸۰

با توجه به نتایج جدول۳ بین نشخوار فکری با جنسیت (r= ۰/۴۳۳, P<0.01) و وضعیت اشتغال (r= -۰/۳۹۴, P<0.05) رابطه معنی داری وجود دارد. بین شاخص نگرش های ناکارآمد با وضعیت تأهل (r= -۰/۳۲۶, P<0.05) رابطه معنی داری وجود دارد. بر اساس نتایج جدول ۴-۱۹ فرض نرمال بودن برای نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به ترتیب(۰/۱۱۶,p>0.05) و (۰/۱۵۲,p>0.05) و شاپیرو-ویلکس (۰/۹۵۳,p>0.05) و (۰/۹۳۲,p>0.05) در همه متغییرهای پژوهش تأیید گردیده است. همچنین پیش فرض برابری کواریانس ها روابط متغیرهای وابسته شاخص های اسیب پذیری در دو گروه برای نشخوار فکری (F=۱/۵۵۸ , Box's M =۱۰/۵۸۶ ,p>0.05) و نگرشهای ناکارآمد (F=۱/۰۴۴ , Box's M =۷/۰۹۳ ,p>0.05) تأیید گردیده است. پیش فرض برابری واریانس ها نیز در برای نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد در مرحله پیش آزمون(F=۰/۱۵۵ ,p>0.05) و (F=۰/۲۸۷ ,p>0.05)، پس ازمون(F=۱/۰۳۴ ,p>0.05) و (F=۱/۲۵۶ ,p>0.05) و پیگیری(F=۱/۱۱۹ ,p>0.05) و (F=۰/۱۰۷ ,p>0.05)تأیید گردیده است. در ادامه به منظور بررسی پیش فرض تساوی ماتریکس کوواریانس ها در مراحل زمانی سه گانه(پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد.براساس نتایج این پیش فرض، در متغیر نشخوار فکری(Mauchly's W=۰/۹۸۷ , Chi Square =۰/۳۳۳ ,p>0.05) تأیید شد. اما در متغیرنگرش های ناکارآمد(Mauchly's W=۰/۵۶۴ , Chi Square =۱۴/۸۷۸ , p<0.01)

تأیید نگردید. با این حال از آزمون های گرین‌هوس و گیسر، هوینه و فلدت و نیز برآورد دامنه پایین‌تر به منظور تصحیح استفاده گردید.

جدول۴. نتایج آزمون درون گروهی تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر

	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان
نشخوار فکری	زمان	۰/۱۶۵	۶۳/۴۲۶	۲	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۳۵	۱/۰۰۰
	زمان*جنسیت	۰/۹۸۵	۰/۱۹۶	۲	۲۴	۰/۸۲۴	۰/۰۱۵	۰/۰۷۷
	زمان*وضعیت اشتغال	۰/۹۶۸	۰/۴۰۹	۲	۲۴	۰/۶۶۸	۰/۰۳۲	۰/۱۰۹
	زمان*گروه	۰/۰۹۳	۱۲۲/۳۰	۲	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
نگرش های ناکارآمد	زمان	۰/۰۵۰	۲۴۷/۳۰	۲	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵۰	۱/۰۰۰
	زمان*وضعیت تأهل	۰/۹۶۹	۰/۴۲۱	۲	۲۴	۰/۶۶۱	۰/۰۳۱	۰/۱۱۱
	زمان*گروه	۰/۸۴۵	۲/۳۷۶	۲	۲۴	۰/۱۱۳	۰/۱۵۵	۰/۴۳۷

نتایج در جدول ۴ نشان داد تأثیر تعامل زمان و عضویت گروهی در مجموع بر نمرات نشخوار فکری معنی دار است($P<0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری، ۹۰درصد می باشد. همچنین تأثیر زمان نیز بر نمرات نشخوار فکری معنی دار است($P<0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری، ۸۳درصد می باشد. اما تنها اثر زمان نیز بر نمرات نگرش های ناکارآمد معنی دار است($P<0.01$) و میزان تفاوت بین این نمرات در مجموع بین سه مرحله پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری، ۹۵درصد می باشد.

جدول۵. نتایج تحلیل واریانس برون گروهی با اندازه گیری مکرر

	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان
نشخوار فکری	جنسیت	۹۱۷/۹۶۸	۱	۹۱۷/۹۶۸	۵/۵۰۵	۰/۰۲۷	۰/۱۷۵	۰/۶۱۸
	وضعیت اشتغال	۵۸۶/۷۸۵	۱	۵۸۶/۷۸۵	۳/۵۱۹	۰/۰۷۲	۰/۱۱۹	۰/۴۳۹
	گروه	۱۰۷۶/۸۰۳	۱	۱۰۷۶/۸۰۳	۶/۴۵۷	۰/۰۱۷	۰/۱۹۹	۰/۶۸۷
نگرش های ناکارآمد	وضعیت تأهل	۱۳۵۲/۵۳۷	۱	۱۳۵۲/۵۳۷	۲/۶۴۸	۰/۱۱۵	۰/۰۸۹	۰/۳۴۸
	گروه	۰/۱۸۱	۱	۰/۱۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در متغییر نشخوار فکری علاوه بر تأثیر گروه که به دلیل تفاوت دو درمان ترکیبی و شناختی رفتاری در این متغییر است، اثر جنسیت نیز معنی دار بوده است($P<0.05$). در متغییر نگرش های ناکارآمد بین دو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود نداشته است($P>0.05$). نتایج مقایسه های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول۶.مقایسه های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

ابعاد	مراحل		تفاوت میانگین ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	پیش آزمون	پس آزمون	۲۵/۸۳۳*	۰/۴۳۹	۰/۰۰۰
		پیگیری	۲۰/۱۰۰*	۰/۴۷۸	۰/۰۰۰
	پس ازمون	پیگیری	-۵/۷۳۳*	۰/۴۴۰	۰/۰۰۰
نگرش های ناکارآمد	پیش آزمون	پس آزمون	۳۲/۱۶۷*	۰/۶۵۱	۰/۰۰۰
		پیگیری	۲۱/۸۰۰*	۰/۳۷۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۱۰/۳۶۷*	۰/۷۵۳	۰/۰۰۰

نتایج مقایسه های زوجی مراحل زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ نشان داد؛ در تمام متغیرهای پژوهش بین این مراحل تفاوت معنی داری وجود داشته و مجموع نمرات شاخص ها کاهش معنی داری داشته و این موضوع در پیگیری نیز تداوم داشته است ($P<0.01$). بدین معنی که حداقل هر دو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری موثر بوده اند.

جدول۷. مقایسه های زوجی دو روش ترکیبی و شناختی رفتاری در پس ازمون

ابعاد	مراحل		تفاوت میانگین ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	ترکیبی	شناختی رفتاری	-۶/۹۸۴*	۲/۷۴۸	۰/۰۱۷
نگرش های ناکارآمد	ترکیبی	شناختی رفتاری	-۰/۰۹۱	۴/۸۱۰	۰/۹۸۵

نتایج مقایسه های زوجی در جدول ۷ نشان داد بین گروه های با درمان ترکیبی و شناختی رفتاری در نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این نتیجه و میان گین این دو متغییر، درمان ترکیبی در نشخوار فکری موثرتر از شناختی رفتاری می باشد. همچنین بین درمان ترکیبی و شناختی رفتاری بر نگرش های ناکارآمد تفاوت معنی داری وجود نداشته ، درحالی که این دو درمان بر این متغییر نیز موثرند.

جدول۸.مقایسه های زوجی نشخوار فکری در جنسیت

ابعاد	گروه		تفاوت میانگین ها	خطا	سطح معنی داری
نشخوار فکری	مرد	زن	-۷/۷۸۰*	۲/۹۳۳	۰/۰۱۳

نتایج مقایسه های زوجی نشخوار فکری در جنسیت نشان داد بین گروه های با جنسیت مختلف در تأثیرپذیری درمانها تفاوت وجود دارد. هرچند نشخوار فکری زنان بالاتر از مردان بود، لیکن اثربخشی درمان روانی–اجتماعی در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است.

نتیجه

نتایج نشان داد بین نشخوار فکری در سه مرحله پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود داشته و نشخوار فکری با دو درمان روانی–اجتماعی با درمان شناختی–رفتاریCBT کاهش یافته است. اما بین تأثیر دو درمان نیز تفاوت معنی دار بود و اثربخشی درمان روانی–اجتماعی به نسبت درمان شناختی–رفتاری بیشتر بوده و نمرات نشخوار فکری کاهش معنی دار بیشتری داشته است. درمان روانی–اجتماعی در واقع درمانی ترکیبی از طرحواره درمانی، درمان فعال سازی رفتاری، درمان شناختی–رفتاری، روان درمانی بین فردی و رواندرمانی تحلیل سیستم رفتاری شناختی است. نتایج این مطالعه نشان اثربخشی درمان روانی–اجتماعی به نسبت درمان شناختی–رفتاری بیشتر بوده و نمرات میزان نشخوار فکری کاهش معنی دار بیشتری داشته است. در تبین اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر نشخوارفکری، میتوان اذعان نمود که، اجزای مهم درمان شناختی رفتاری برای افسردگی عبارت‌اند از تمرکز بر کمک به بیمار جهت حل مشکلات همچنین شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده (Clark & Beck, 2010). اما سایر درمانهایی که به درمان شناختی رفتاری اضافه شده شامل مواردی است که می توانند اثربخشی بالاتر درمان روانی–اجتماعی به نسبت درمان شناختی–رفتاری بر نشخوار فکری باشند. بنابراین می توان انتظار داشت، درمان روانی–اجتماعی به نسبت درمان شناختی–رفتاری دارای اثربخشی بیشتر بوده و میزان نشخوار فکری را بیشتر کاهش دهد. در همین راستا نشخوارفکری نیز ، به عنوان فکر تکراری و منفعلانه درباره عوامل تسریع کننده احتمالی، نشانه های فعلی و پیامد نشانه های افسرده ساز تعریف می شود (Nolen-Hoeksema, 1991) و نشخوار افسرده ساز، شامل مرور مکرر ناامیدی‌ها و اشتباه های شخصی، تمرکز بر احساسات افسردگی و انزوا، سؤال درباره کیفیت زندگی و فکر کردن به بی کفایتی های شخصی است (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). فرضیه ها بر این اساس استوار است که مکانیزم اجتنابی همچون نشخوار، از پردازش هیجانی حادثه منفی جلوگیری می کند و موجب تداوم افکار و خاطرات مزاحم می شود (Williams & Moulds, 2007).

در اشکال افسردگی مزمن افراد را در یک چرخه مخرب فکر نشخوار ساز گیر بیاندازد که افکار منفی را تشدید می کند و موجب احساس ناامیدی می شود. این وضعیت با تمایل کلی افراد افسرده به انعطاف

ناپذیر بودن، شدت یافته و آنها را به سمتی سوق می دهد که علی رغم تبعات منفی نشخوار، در آن اصرار می ورزند (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). سوگیری های شناحتی افراد مستعد افسردگی (Beck, 1996) به محض ایجاد خلق افسرده تشدید می شود و همین وضعیت هیجانی می تواند تداعی های مربوط به خاطرت هماهنگی با خلق را راه اندازی می کند، از این رو، قابلیت دسترسی به مواد منفی را افزایش می دهد و افزایش دسترسی پذیری افکار هماهنگ با خلق و توانایی پرت کردن حواس به وسیله ی مواد مثبت را مختل می سازد و شکستن چرخه نشخوار مشکل تر می شود (Wenzlaff &Wegner, 2000). همچنین یافته های پژوهش نشان داد که نشخوار فکری در زنان بالاتر از مردان است و نیز اثربخشی درمان ترکیبی بر نشخوار فکری در مردان در مقایسه با زنان بیشتر بوده است. بر اساس یافته های نولن هوکسما و مورو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1973) زنان بیش از مردان گرایش به نشخوار فکری دارند. درنظریه سبک های پاسخ، تفاوت های جنسیتی در گرایش به نشخوار فکری به عنوان واسطه ای برای تفاوت های جنسیتی در افسردگی در نظر گرفته می شود. برای نمونه، مشخص شده است که زنان نسبت به مردان،به دلائلی چون درآمد پایین و نارضایتی در ازدواج، استرس بیشتری را گزارش می کنند. این تفاوت های جنسیتی، در تجربه استرس مزمن، می تواند تا اندازه ای در بروز تفاوت های جنسیتی در نشخوار فکری سهم داشته باشد (Nolen-Hoeksema, 2000). همچنین نولن هوکسما و جکسون (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) بر مبنای یافته های پژوهش های جامعه مدار، یک الگوی شخصیتی سه مؤلفه ای را پیشنهاد می کنند که می تواند در بروز تفاوت های جنسیتی در نشخو ار فکری سهیم باشد. اول، باورهای زنان نسبت به هیجانات منفی و مشکل در کنترل این هیجانات است که با نشخوار فکری ارتباط دارد. زنان اعتقاد دارند، هیجانات منفی شدید تر از آن هستند که بتوان آنها را کنترل کرد. همچنین زنان ممکن است اعتقاد داشته باشند هیجانات شدید در آنها در مقایسه با مردان، بیشتر به عواملی بستگی دارد، که از کنترل پذیری کمتری برخوردارند (مانند، هورمون ها). دوم، زنان بیشتر احتمال دارد، احساسات خود را، مسئول وضعیت هیجانی روابط شان بدانند و تمام بار حفظ روابط مثبت با دیگران را، به دوش بکشند. این باور، با افزایش در نشخوار فکری، رابطه دارد. سوم، زنان بیش از مردان، احساس می کنند در مورد حوادث مهم زندگی شان، از کنترل کمتری برخوردارند و باید توجه داشت که افراد با احساس کنترل کمتر، نشخوار فکری بیشتری را گزارش می کنند. احساس کنترل پایین سهم عمده ای از تفاوت های جنسیتی در افسردگی را به عهده دارد. این سه مولفه در کنار یکدیگر، نقش میانجی را در تفاوت های جنسیتی در افسردگی به عهده دارند. بنابراین می توان انتظار داشت که زنان در این پژوهش نیز؛ هم دارای نشخوار فکری بالاتری باشند وهم به نسبت

مردان به دلائل مذکور مقاومت درمانی بیشتری داشته باشند.

نتایج نشان داد بین نگرش های ناکارآمد در سه مرحله پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود داشته و میزان نگرش های ناکارآمد با دو درمان درمان روانی-اجتماعی و شناختی-رفتاریCBT کاهش یافته است. اما میان اثربخشی دو درمان در نگرش های ناکارآمد تفاوت معنی داری وجود نداشته و نمرات نگرش های ناکارآمد با هر دو درمان به میزان مشابهی کاهش داشته است. از دیدگاه بک (Beck, 1988) نگرشهای ناکارامد عبارتند از نگرشهایی که فرد را در برابر افسردگی آسیب پذیر می کنند. این نگرشها بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می کنند که سوگیری منفی دارند، یا به عبارت دیگر با خطاهای منفی در تفکر مشخص می شوند. این نگرشهای منفی می توانند از عوامل ناکارامد کننده سلامت روانی باشند. نگرش های ناکارآمد، نگرش ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند، فرد را آماده می سازند تا موقعیت های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (Lotfi Kashni, 2008).

همچنین مطابق دیدگاه شناختی افسردگی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلالات نقش مهمی ایفا کند از جمله سوگیری تعبیر و نگرش‌های ناکارآمد می-باشد(Fawzy, Hecker & Clark, 2006). این موضوع شامل مؤلفه‌هایی چون: کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب‌پذیری و ارزشیابی عملکرد در مورد خود، دیگران و آینده می‌باشد (Beck, Rush, Shaw & Emery,1979). بسیاری از مطالعات مطابق نظر بک معتقدند که نگرش-های ناکارآمد می‌توانند منجر به آسیب‌پذیری شناختی در افسردگی و در شکل‌گیری، سبب شناسی و دوام آن نقش داشته باشد (Kërqeli, Kelpi & Tsigilis, 2013). رابطه بین نگرشهای ناکارآمد و آشفتگی های روانی در جمعیت عادی، توسط کاماری و بلکبرن (Kumari & Blackburn, 2005)، بررسی گردید و نتیجه نشان داد که نگرش های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در افراد است. همچنین میراندا و همکاران (Miranda & et al, 2003)، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. بنابراین افسردگی و نگرشهای ناکارآمد در تعامل با یکدیگرند و می توان نتایج مطالعات مطرح شده را همخوان با نتیجه این پژوهش دانست.

هردو درمان روانی-اجتماعی و شناختی رفتاری موجب کاهش نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلاء به افسردگی مزمن شد. مفهوم نگرش های ناکارآمد اولین بار توسط بک (Beck, 2003, 1976, 1979) در

توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی در ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد. از طرفی اجزای هر دو درمان بر کاهش سوگیری منفی تأکید دارند. موضوعی که در نگرشهای ناکارآمد موجبات آسیب پذیری بیشتر فرد را در مقابل افسردگی فراهم میکند. در درمان شناختی رفتاری شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده، مدنظر است، که بر همین اساس می توان نگرشهای ناکارآمد را با این درمان به شکل مناسبی کنترل نمود. همچنین این نگرشها بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می کنند که سوگیری منفی دارند. از طرفی خودانگاره ناسازگار، شامل نگرشهای ناکارامد، آسیب پذیری فرد را در رویارویی با وقایع پرتنش زندگی افزایش می دهد(You, Merrit & Conner, 2009). در درمان ترکیبی نیز از اهداف عمده، بهبود تنظیم هیجانی است که موجب کاهش این میزان از آسیب پذیری در مواجهه با عوامل فشارزا می گردد. در نهایت می توان انتظار داشت که این دو روش درمانی بتوانند نگرشهای ناکارآمد را کاهش دهند.

درمان روانی-اجتماعی، مبتنی بر مقوله های اصلی افسردگی مزمن بود و حاصل ترکیب درمان های عمده و شناخته شده ای است و علاوه بر تأکید بر شناسایی، ارزیابی و پاسخ به تفکر افسرده، به خصوص افکار منفی در مورد خود، جهان و آینده و کاستی های درون فردی، به افزایش پیوستگی های تقویتی محیطی، روابط میان فردی ، نقش روابط اجتماعی و خانوادگی، وجود طرحوارهای ناسازگار اولیه‌ی متنوع و جایگزینی رفتارها با رفتارهای مناسب، و یادگیری مهارت در ایجاد رابطه و افزایش احساس مسئولیت پذیری، توجه ویژه ای دارد. بنابراین پیشنهاد می گردد درمانگران مرتبط با بیماران با افسردگی مزمن و نیز مراجعان با مشکلات نشخوار فکری و نگرشهای ناکارآمد، به منظور صرفه جویی مناسب در زمان و هزینه بیماران، از آن استفاده نمایند. در انتها از محدودیتهای پژوهش حاضر میتوان به مواردی چون وجود محدودیت در مشخص نمودن بهترین گروه هدف برای هر کدام از این مداخله های درمانی از محدودیتهای پژوهش حاضر بود. علاوه بر نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد، عدم توجه به ابعاد بیشتری علاوه بر نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد، طول مدت پیگیری اثرات درمانی محدود(۱ ماهه) اشاره نمود.

References

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H.(1996). Hamilton dep-resyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı.*Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi; 4:251-259*.

Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A. & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of General Psychiatry,40, 801–810*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (5th ed.).* Washington, DC: Author.

Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. (1979*). Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.

Beck A. T, Steer R.A, Brown G. K.(1996). *Beck Depression Inventory –2nd edition manual.* San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN.(1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population.*Psychological Assessment. 3(3):478–83*.

Beck, A. T. (1988). Anxiety and depression: *An information processing perspective. Anxiety Re search, 1, 23-36.*

Beck, A.T; Freeman, A.M; Davis, D. D. (2003). *Cognitive therapy of personality disorder.Second edition*.Newyork; Guilford press: 92-115.

Brockmeyer, T., Kulessa, D., Hautzinger, M., Bents, H., Backenstrass, M.(2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Affect;175,418–423*.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Theory and Therapy of Anxiety and Depression: Convergence with Neurobiological Findings. *Trends in Cognitive Science, 14, 418-424.*

Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., &Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia:a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30(1), 51-62.*

Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonrumiators. *Cognitive Therapy and Research, 24, 699-711.*

De Jong R, Treiber R, Henrich G.(1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cog Ther Res 10:645–663*.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., John P. O'Reardon, Margaret L. Lovett, Madeline M. Gladis, Laurel L. Brown, Robert Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62(4), 409-41.*

Dimidjian, S., Hoollon, S.D., Dobson, K. s., Schmaling, K.B.,Kohlenberg, R.J., Addis, M.e., al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication I the acute treatment of adults with majordepression. *Journal of consulting and clinical psychology, 74(4),658- 670.*

Dowd, E. T. (2004). Depression: theory, assessment and new direction in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(2), 413-423.*

Dunner DL, Schmaling KB, Hendrickson H, Becker J, Lehman A, Bea C .(1996).Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder.*Depression 4:34–41*.

Ebrahimi A, Mosavi. S. GH.(2013). Psychometric Properties of The Dysfunctional Attitude Scale-26 DAS-26) in Patients with Mood Disorders. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences.21(5):20-28.*

Fati, Laden (1991). Comparison of the efficacy of confrontation with the prevention of clomipramine response and the combination of these two methods in the treatment of the obsessive-compulsive disorder. *Master's thesis for clinical psychology. Tehran Psychiatric Institute*. (In Persian)

Fawzy, T. I.; Hecker, J. E. and Clark, J. (2006); The relationship between cognitive avoidance and attentional bias forsnake-related thoughts. *J Anxi diso; 20: 1103-1117.*

First, Mb., Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. (1997). *Structured Clinical*

Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Gharaee, B. (1993) A Study of Some Cognitive Patterns in Patients with Comorbidity of Anxiety and Depression. *The thesis of Master of Science (MSc), Iran University of Medical Sciences* (In Persian).

Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH,(2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand.112(6):425-33*.

Gonzales L, Lewinsohn P, Clarke G.(1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol 53:461–469.*

Grant, J.E. Steinberg, M.A. Kim, S.W. Rounsaville, B.J. Potenza M.N. (2004).Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling.*Psychiatry Research, 128 (1) : 79-88*.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56–62*.

Harpin RE, Liberman RP, Marks I, Stern R, Bohannon WE.(1982). Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study. *J Nerv Men Dis 170:295–301.*

Hellerstein, D. Erickson, G. Stewart, J.W. McGrath, P.J. Hunnicutt-Ferguson K., Reynolds, S.K. O'Shea, S. Chen, Y. Withers, A. Wang.Y.(2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry, 57, 140-147*

Kërqeli A, Kelpi M, Tsigilis N.(2013). Dysfunctional attitudes and their effect on depression. *Procedia - Social & Behavioral Sciences, 84:196–204.*

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E..(2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry,62(6), 593-602.*

Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S.. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression.*The American Journal of Psychiatry, 163(5), 872-880.*

Klein, J.F. Becker, B. Hurlemann, R. Scheibe, C. Colla, M. Heuser.I.(2014). Effect of specific psychotherapy for chronic depression on Neural Responses to emotional faces. *Journal of Affective Disorders, 166, 93-97*.

Kumari, N., and Blackburn, I. M. (2002). How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology, 65(2), 167-176.*

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Lotfi Kashni, F. (2008). The effect of group counseling with regard to cognitive., 2(8), 67-78. (In Persian)

Malogiannis, I.A.; Arntz, A.; Spyropoulou, A.; Tsartsara, E.; Aggeli, A.; Karveli, S.; Vlavianou, M.; Pehlivanidis, A.; Papadimitriou, G.N.; Zervas, I.(2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 45(3), 319-29.*

McCullough JP.(2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Mercier M, Stewart J, Quitkin J.(1992).A pilot sequential study of cognitive therapy and

pharmacotherapy of atypical depression. *J Clin Psychiatry 53:166–among ruminators*

Michael B. First, M.D., Janet B. W. Williams, Ph.D., Rhonda S. Karg, Ph.D., and Robert L. Spitzer, M.D.(2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5®Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV).* American Psychiatric Association

Miranda, J., Gross, J. J. Persons J. B. & Hahn, J. (2003). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression cognitive. *Therapy and Research, 22, 363-376.*

Molavi, Hossein. (2007*). SPSS10-13-14 Practical Guide to Behavioral Sciences*. Isfahan: Pouyesh Andisheh.

Moore, R.& Garland, A.(2003). *cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Wiley Editorial.

Morris, BH.(2005). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *Br. J. Clin. Psychol.48:255–273*.

Mufson, L., Moreau, D. & Weissman, M. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescence (IPT-A): phase I and phase II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33:695-705.*

Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol 109:504–511.*

Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, S. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25, 37–47*

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100, 569- 582.*

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion, 7, 561-570.*

Nolenn-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larsen, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,92-104.*

Oliver, J., M. Klocek, J. & Wells, A. (2003). Depressed and anxious moods mediate relations among perceived socialization, self–focused attention, and dysfunctional attitudes. *Journal of Clinical Psychology, 51, 726-739.*

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32, 13-26.*

Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research , 22,401-423.*

Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals.*Behaviour Research and Therapy, 26., 1283–128*9.

Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Treatment based on the native model of psycho-social vulnerability to chronic depression. *Journal of Cultural psychology*. *Iran. 1(1):52-84*. (In Persian).

Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Applied Indicators in Treatment Approaches to Chronic Depressive Disorders. *International Journal of Behavioral Sciences*. 15(3):386-396 (In Persian).

Samsam Shariat SMR, Neshat Doost HT, Kalantari M, Oreyzi Samani SHR.(2017). Formulating the psychosocial vulnerability model of chronic depression: The grounded theory.

Knowledge & Research in Applied Psychology. 18(1) 67: 83-99. (In Persian).

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R. Hakim-Shooshtari, M., Seddigh, A., & Jalali, M. (2009). A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry,50, 86-91* (In Persian).

Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R., & Beekman, A.. (2006).Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 9(4), 193-200.*

Swan, J.S. Vicar, R.M. Christmas, D. Durham, R. Rauchhaus, P. McCullough JrJ.P., Matthews. K. (2014). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: Clinical characteristics and six-month clinical outcomes in an open case series. *Journal of Affective Disorders, (152,154), 268-276.*

Taubner.S. (2013). *Working with Unconscious and Explicit Memories in Psychodynamic Psychotherapy in Patients with Chronic Depression*. Hurting Memories and Beneficial Forgetting: 153-163.

Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Simons AD, Garamoni GD, McGeary J, Harden T, Fasiczka AL, Cahalane JF. (1994). Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. *J Psychother Pract Res 3:204–214.*

Torpey, D. C., & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment.*Current Psychiatry Reports, 10(6), 458-464.*

Wenzlaff RM, Wegner DM. (2000). Thought suppression. *Annu. Rev. Psychol. 51:59–91*

Williams, A. D., & Moulds, M. L. (2007). Cognitive avoidance of intrusive memories: recall vantage perspective and associations with depression. *Behavior Research and Therapy, 45, 1141-1153.*

Yang, C.; Klasko, J.; Vyshar, d(2007).*SchemaTherapy. Translation of Hmy dp vrand Z. Andrews* .Tehran Venerable.

You, S., Merrit, R. D., & Conner, K. R. (2009). Do gender differences in the role of dysfunctional attitudes in depressive symptoms depend on depression history? *Journal of Personality and individual differences, 46, 218-223.*